|  |
| --- |
| OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA |
| **Dostawa aparatów do hemodializy i hemofiltracji** **wraz z instalacją, uruchomieniem oraz szkoleniem personelu**  **Część 2 Aparaty do hemofiltracji / terapii nerkozastępczej typ. 1 – 9 szt.** |

Uwagi i objaśnienia:

* Parametry określone jako „tak” są parametrami granicznymi. Udzielenie odpowiedzi „nie” lub innej nie stanowiącej jednoznacznego potwierdzenia spełniania warunku będzie skutkowało odrzuceniem oferty.
* Parametry o określonych warunkach liczbowych ( „=>” lub „<=” ) są warunkami granicznymi, których niespełnienie spowoduje odrzucenie oferty.
* Wartość podana przy w/w oznaczeniach oznacza wartość wymaganą.
* Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
* Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2018), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika.

Nazwa i typ: ...............................................................................

Producent / kraj produkcji: .........................................................

Rok produkcji (min. 2018): …....................................................

Klasa wyrobu medycznego: .......................................................

|  |
| --- |
| **ZAMÓWIENIE PODSTAWOWE:**  **dostawa aparatów do hemodializy i hemofiltracji przeznaczonych dla Nowej Siedziby Szpitala Uniwersyteckiego (NSSU) wraz z instalacją, uruchomieniem oraz szkoleniem personelu** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Liczba sztuk | Cena jednostkowa brutto sprzętu (w zł) | **A:** Cena brutto sprzętu (w zł): |
| Aparaty do hemofiltracji / terapii nerkozastępczej typ. 1 | 9 |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **B:** Cena brutto dostawy sprzętu do nowej siedziby Szpitala (w zł): |
|  |  | |  |

|  |
| --- |
| **C:** Cena brutto instalacji, szkolenia i uruchomienia sprzętu w nowej siedzibie Szpitala (w zł): |
|  |

|  |
| --- |
| **ZAMÓWIENIE OPCJONALNE:**  **dostawa sprzętu do magazynu Wykonawcy oraz przechowywania w magazynie sprzętu w magazynie Wykonawcy nie dłużej niż do 30.11.2019 r.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot | Liczba sztuk | Liczba miesięcy | Cena brutto miesięcznego przechowywania w magazynie 1 sztuki sprzętu (w zł) | **D:** Cena brutto przechowywania w magazynie łącznej liczby sztuk sprzętu przez zakładaną łączną liczbę miesięcy (w zł): |
| Aparaty do hemofiltracji / terapii nerkozastępczej typ. 1 | 9 | 14 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **A+ B + C + D**: Cena brutto oferty (w zł) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARAMETRY TECHNICZNE I EKSPLOATACYJNE** | | | | |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **OCENA PKT** |
| 1. | Aparat w pełni mobilny, wykorzystuje płyny pobierane z fabrycznych worków. | tak |  | - - - |
| 2. | Możliwość wykonania zabiegu ciągłej żylno – żylnej hemofiltracji (CVVH) | tak |  | - - - |
| 3. | Możliwość wykonywania zabiegu wysokoobjętościowej ciągłej żylno – żylnej hemofiltracji (HV – CVVH). Substytucja podawana jednocześnie przed i po hemofiltrze | tak |  | - - - |
| 4. | Możliwość wykonania zabiegu ciągłej żylno – żylnej hemodializy (CVVHD) | tak |  | - - - |
| 5. | Możliwość wykonania zabiegu ciągłej żylno – żylnej hemodiafiltracji (CVVHDF) | tak |  | - - - |
| 6. | Możliwość wykonania zabiegu powolnej ciągłej ultrafiltracji (SCUF) lub  instalacja opcji w okresie gwarancji udzielonej na urządzenie | tak, podać |  | opcja w oferowanym aparacie - 1 pkt, instalacja w okresie gwarancji - 0 pkt |
| 7. | Możliwość wykonania zabiegu plazmaferezy (PF) lub instalacja opcji w okresie gwarancji udzielonej na urządzenie | tak, podać |  | opcja w oferowanym aparacie - 1 pkt, instalacja w okresie gwarancji - 0 pkt |
| 8. | Możliwość wykonania zabiegu hemoperfuzji (HP) lub instalacja opcji w okresie gwarancji udzielonej na urządzenie | tak, podać |  | opcja w oferowanym aparacie - 1 pkt, instalacja w okresie gwarancji - 0 pkt |
| 9. | Graficzny, kolorowy podgląd istotnych stanów pracy urządzenia | tak |  | - - - |
| 10. | Bateria, która w przypadku braku zasilania sieciowego, zapewni pracę aparatu[min] - podać czas podtrzymania | tak |  | - - - |
| 11. | Ultrafiltracja netto 0-990 ml/godz. | tak, podać |  | - - - |
| 12. | Przepływ płynu substytucyjnego (10-160 ml/min) | tak, podać |  | - - - |
| 12. | Przepływ dializatu (10-80 ml/min) | tak, podać |  | - - - |
| 14. | Dwa indywidualne systemy do podgrzewania płynu substytucyjnego i dializatu z możliwością wyłączenia w trakcie zabiegu | podać |  | tak – 5 pkt  nie – 0 pkt |
| 15. | Regulacja przepływu pompy krwi (10-500 ml/min) | tak, podać |  | - - - |
| 16. | Kasetowy system drenów | tak |  | - - - |
| 17. | Możliwość wielokrotnej wymiany samego filtra w trakcie zabiegu, bez konieczności wymiany całej kasety | podać |  | tak – 10 pkt  nie – 0 pkt |
| 18. | System bilansujący: cztery niezależne wagi do płynów dializacyjnych, substytucyjnych, osocza, ultrafiltratu, itp. | tak |  | - - - |
| 19. | Dokładność ważenia – min. 1 [g] | podać |  | tak – 5 pkt  nie – 0 pkt |
| 20. | Liczba i przeznaczenie pomp w zależności od trybu pracy (min. substytutu, dializatu, krwi, filtratu) | tak, podać |  | 4 pompy – 0 pkt.,  więcej niż 5 pomp – 5 pkt. |
| 21. | Wszystkie pompy zintegrowane na płycie czołowej. Zintegrowane dreny cytrynianu i wapnia z układem krążenia pozaustrojowego | tak |  |  |
| 22. | Możliwość antykoagulacji cytrynianowej co najmniej w zabiegach CVVHD lub CVVHDF | podać |  | tak – 10 pkt  nie – 0 pkt |
| 23. | Możliwość poboru płynu dializacyjnego z 4 worków po 5 [l] jednocześnie | tak |  | - - - |
| 24. | Dwa detektory powietrza | tak |  | - - - |
| 25. | Oprogramowanie i komunikacja w języku polskim | tak |  | - - - |
| 26. | Możliwość czasowego odłączenia pacjenta i opcja recyrkulacji na czas przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, diagnostyki, badań RTG,TK itp.  Dedykowana funkcja „PRZERWA W ZABIEGU” z możliwością recyrkulacji bez lub ze zwrotem krwi | tak |  | - - - |
| 27. | Możliwość prowadzenia terapii typu jednoprzejściowej dializy albuminowej (SPAD) w trybie CVVHD lub CVVHDF | podać |  | tak – 5 pkt  nie – 0 pkt |
| 28. | Obrotowy ekran dotykowy | podać |  | tak – 5 pkt  nie – 0 pkt |
| 29. | Przekątna ekranu min. 12’’ | tak, podać |  | największa wartość – 5 pkt,  wymagane – 0 pkt,  inne proporcjonalnie mniej, względem największej wartości |
| 30. | Możliwość wykonywania terapii z membraną o wysokiej wartości odcięcia | tak |  | - - - |
| 31. | Możliwość uzyskania wstecznego przepływu krwi w celu udrożnienia dostępu naczyniowego bez konieczności rozłączania układu krążenia pozaustrojowego i płukania cewnika | podać |  | tak – 5 pkt  nie – 0 pkt |
| 32. | Możliwość przejścia w czasie zabiegu w „tryb pielęgnacji” z wyłączonym bilansowaniem i zmniejszonym przepływem krwi | tak |  | - - - |
| 33. | Dwa uchwyty z przodu i z tyłu aparatu ułatwiające przesuwanie/obracanie urządzenia | tak |  | - - - |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WARUNKI GWARANCJI I SERWISU** | | | | |
| **Lp.** | **OPIS PARAMETRU** | **PARAMETR WYMAGANY** | **PARAMERT OFEROWANY** | **SPOSÓB OCENY** |
| 1. | **GWARANCJE** |  |  |  |
| 2. | Okres pełnej, bez wyłączeń gwarancji dla wszystkich zaoferowanych elementów.  UWAGA – należy podać pełną liczbę miesięcy. Wartości ułamkowe będą przy ocenie zaokrąglane w dół – do pełnych miesięcy. Zamawiający zastrzega, że okres rękojmi musi być równy okresowi gwarancji. Zamawiający zastrzega, że górną granicą punktacji gwarancji będzie 10 lat. | >= 24 |  | najdłuższy okres – 5 pkt, wymagane – 0 pkt, inne proporcjonalnie mniej, względem najdłuższego okresu |
| 3. | Gwarancja dostępności części zamiennych [liczba lat] – min. 10 lat (peryferyjny sprzęt komputerowy – min. 5 lat, dopuszcza się wymianę na sprzęt lepszy od zaoferowanego). | tak |  | - - - |
| 4. | Przedłużenie okresu gwarancji o każdy dzień, w czasie którego Zamawiający nie mógł korzystać w pełni sprawnego sprzętu. | tak |  | - - - |
| 5. | **WARUNKI SERWISU** |  |  |  |
| 6. | Przyjazd serwisu po zgłoszeniu awarii w okresie gwarancji do 2 dni (dotyczy dni roboczych rozumianych jako dni od poniedziałku do piątku, z wyjątkiem świąt i dni ustawowo wolnych od pracy, w godzinach od 8.00 do 15.00 ) | tak, podać |  | 1 dzień– 5 pkt;  2 dni – 0 pkt, |
| 7. | Czas na naprawę usterki – do 7 dni, a w przypadku potrzeby sprowadzenia części zamiennych do - 10 dni (dotyczy dni roboczych) | tak |  | - - - |
| 8. | Urządzenie zastępcze w przypadku niewykonania naprawy w ciągu 10 dni od zgłoszenia awarii | tak |  | - - - |
| 9. | W ramach ceny: przeglądy w okresie gwarancji (zgodnie z wymogami producenta) | tak, podać ilość |  | jeden – 5 pkt, więcej – 0 pkt |
| 10. | Ilość przeglądów okresowych koniecznych do wykonywania po upływie okresu gwarancyjnego w celu zapewnienia sprawnej pracy aparatu (w okresie 1 roku) | podać |  | - - - |
| 11. | Wraz z dostawą komplet materiałów dotyczących instalacji | tak |  | - - - |
| 12. | Dokumentacja serwisowa i/lub oprogramowanie serwisowe na potrzeby Zamawiającego (dokumentacja zapewni co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, etc.) | tak |  | - - - |
| 13. | Urządzenia jest lub będzie pozbawione wszelkich blokad, kodów serwisowych, itp. które po upływie gwarancji utrudniałyby właścicielowi dostęp do opcji serwisowych lub naprawę aparatu przez inny niż Wykonawca umowy podmiot w przypadku nie korzystania przez Zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy | tak |  | - - - |
| 14. | **SZKOLENIA** |  |  |  |
| 15. | Szkolenie dla personelu medycznego – 10 osób i technicznego – 2 osoby. Dodatkowe szkolenie dla personelu medycznego w przypadku wyrażenia takiej potrzeby przez personel medyczny – 5 osoby i technicznego – 1 osoba | tak |  | - - - |
| 19. | **DOKUMENTACJA** |  |  |  |
| 20. | Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy dla każdego egzemplarza. | tak |  | - - - |
| 21. | Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania aparatu, | tak |  | - - - |
| 22. | Dokumentacja (lub tzw. lista kontrolna zawierająca wykaz części i czynności) dotycząca przeglądów technicznych w języku polskim (dostarczona przy dostawie).  UWAGA – dokumentacja musi zapewnić co najmniej pełną diagnostykę urządzenia, wykonywanie drobnych napraw, regulacji, kalibracji, oraz przeglądów okresowych w standardzie wymaganym przez producenta. | tak |  | - - - |
| 23. | Z urządzeniem wykonawca dostarczy paszporty techniczne zawierające co najmniej takie dane jak: nazwa, typ (model), producent, rok produkcji, numer seryjny (fabryczny), inne istotne informacje (itp. części składowe, istotne wyposażenie, oprogramowanie), kody z aktualnie obowiązującego słownika NFZ (o ile występują). | tak |  | - - - |
| 24. | Instrukcja konserwacji, mycia, dezynfekcji i sterylizacji dostarczona przy dostawie i wskazująca, że czynności te prawidłowo wykonane nie powodują utraty gwarancji. | tak |  | - - - |
| 25. | Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące.  UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów. | tak |  | - - - |
| 26. | Z uwagi na fakt, iż przedmiot umowy finansowany jest ze środków Unii Europejskiej, faktura po dostawie musi zawierać wymieniony sprzęt zgodny, co do nazwy, ze sprzętem wymienionym w opisie przedmiotu zamówienia | tak |  | - - - |